

REFERENTIEL D'AUTO-EVALUATION DES PRATIQUES EN CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE

Audit clinique :
Prise en charge du cancer du pancréas

I/ PROMOTEUR

La Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive (FCVD)

II/ RECOMMANDATIONS SOURCES

1. Cancérologie digestive : pratiques chirurgicales.
Recommandations de la société française de chirurgie digestive (SFCD) et de l'association de chirurgie hépatobiliaire et de transplantation hépatique (ACHBT).
Labellisé INCA HAS
http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/1705-090423recochirdigestivesfcdlongpdf
2. Thésaurus de cancérologie digestive.
© SNFGE Thésaurus de cancérologie digestive © SNFGE
<http://www.snfge.asso.fr/data/ModuleDocument/publication/5/pdf/TNCD-chapitre-901.pdf>
3. Comptes rendus d'anatomopathologie : données minimales à renseigner pour une tumeur primitive.
INCA décembre 2009
http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/4085-comptes-rendus-danatomopathologie-donnees-minimales-a-reseigner-pour-une-tumeur-primitive
4. Critères d'agrément pour la pratique de la chirurgie des cancers.
Dispositif d'autorisation des établissements de santé pour la pratique de la cancérologie.
INCA décembre 2009
http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/1314-4292critereschirurgie160608pdf
5. Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie.
INCA HAS juin 2006
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/traceur_fiche_epp_rcp.pdf

III. CIBLE PROFESSIONNELLE

Tous les chirurgiens digestifs, gastroentérologues, oncologues, radiothérapeutes prenant en charge des patients atteints d'un cancer du pancréas.

IV. PATIENTS CONCERNES

Tous les patients atteints d'un cancer du pancréas (adénocarcinome ductulaire) devant bénéficier d'une prise en charge chirurgicale.

V. CRITERES D'EXCLUSION

Les patients atteints d'un ampullome ou d'une tumeur endocrine ou d'un cystadénocarcinome sont exclus.

VI. OBJECTIFS PRIORITAIRES DE QUALITE ET SECURITE

1. Faire bénéficier le patient d'une concertation multidisciplinaire (RCP)
2. Faire bénéficier le patient d'un traitement néo adjuvant (radiothérapie ou chimiothérapie) préopératoire si il est indiqué
3. Faire bénéficier le patient de l'exérèse chirurgicale carcinologiquement la plus satisfaisante tout en tenant compte du rapport bénéfice / risque.
4. Faire bénéficier le patient d'un traitement adjuvant (radiothérapie ou chimiothérapie) postopératoire si il est indiqué

VII. SELECTION DES PATIENTS

1. Soit en rétrospectif soit en prospectif : 10 dossiers de patient ayant bénéficié (retrospectif) ou devant bénéficier (prospectif) d'une prise en charge chirurgicale pour un cancer du pancréas.
2. Si moins de 10 dossiers retrouvés en une année, sélectionner en rétrospectif tous les dossiers de l'année.

VIII. DOCUMENTS SOURCES A EXTRAIRE DU DOSSIER PATIENT

Ce sont les éléments constitutifs minimaux du dossier en cancérologie définis par l'INCA :

1. Compte Rendu (CR) de la RCP pré opératoire
2. Compte Rendu Opératoire (CRO)
3. Compte Rendu d'anatomopathologie de la pièce opératoire
4. Compte Rendu (CR) de la RCP post opératoire

IX. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

« Que pensez-vous de vos résultats (points forts et points à améliorer de votre pratique) ?
Sont-ils conformes à ce que vous attendiez ? »

X. SECOND RECUEIL

A réaliser après la mise en œuvre effective du plan d'amélioration.

XI. GROUPE DE TRAVAIL

Commission EPP FCVD :

Professeur Muriel MATHONNET	Présidente Chirurgien	<i>Limoges</i>
Docteur François PIGNAL	Méthodologiste, Gastroentérologue	<i>Toulouse</i>
Professeur Karem SLIM	Chirurgien	<i>Clermont-Ferrand</i>

XII. GROUPE DE TEST ET DE LECTURE

Docteur Philippe BREIL	Chirurgien	<i>Paris</i>
Professeur Denis COLLET	Chirurgien	<i>Bordeaux</i>
Docteur Alain DELEUZE	Chirurgien	<i>Alès</i>
Professeur Olivier FARGES	Chirurgien	<i>Clichy</i>
Docteur Jean François GRAVIE	Chirurgien	<i>Toulouse</i>
Professeur Hubert JOHANET	Chirurgien	<i>Paris</i>
Professeur Bertrand MILLAT	Chirurgien	<i>Montpellier</i>

XIII. GRILLE ET AIDE AU REMPLISSAGE DE LA GRILLE

Notez une seule réponse par case : O si la réponse est OUI - N si la réponse est NON -
NA si le critère ne s'applique pas à ce patient.

AVANT INTERVENTION

1. Le CR de la RCP réalisée avant le primo traitement est retrouvé dans le dossier du patient O N

Répondre oui si le CR de la RCP réalisée avant le primo traitement est retrouvé dans le dossier du patient.

Pour information :

Pour les cancers de l'œsophage, du foie, du pancréas, et du rectum sous péritonéal, la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) est tenue dans les conditions suivantes :

- le dossier du patient fait l'objet d'une discussion

- la RCP valide l'indication opératoire

- elle apprécie l'adéquation du plateau technique à l'intervention prévue et à la continuité des soins postopératoires

- le chirurgien qui opérera le patient, si l'intervention est décidée, y participe

(Critères d'agrément pour la pratique de la chirurgie des cancers INCA Chirurgie carcinologique digestive)

2. Le CR de la RCP mentionne le stade TNM en s'appuyant sur les résultats de l'examen clinique et des examens complémentaires O N

La classification TNM (AJCC 2002, 6ème version)

Tumeur (T) :

Tx : renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive

Tis : carcinome in situ

T1 : tumeur limitée au pancréas inférieure ou égale à 2 cm dans son plus grand diamètre

T2 : tumeur limitée au pancréas supérieure à 2 cm dans son plus grand diamètre

T3 : tumeur s'étendant au-delà du pancréas mais sans envahir le tronc cœliaque ni l'artère mésentérique supérieure.

T4 : tumeur étendue au tronc cœliaque ou à l'artère mésentérique supérieure (tumeur primitive non résécable).

Adénopathies (N) : L'examen d'au moins 10 ganglions est souhaitable.

Nx : renseignements insuffisants pour classer les adénopathies régionales

N0 : pas de métastase ganglionnaire régionale

N1 : envahissement des ganglions lymphatiques régionaux

Métastases viscérales (M) :

M0 : pas de métastase,

M1 : présence de métastase(s) à distance

Synthèse : les stades

Stade 0 : Tis N0M0

Stade IA : T1, N0, M0

Stade IB : T2, N0, M0

Stade IIA : T3, N0, M0

Stade IIB : T1-3, N1, M0

Stade III : T4, tout N, M0

Stade IV : M1 quel que soit T et N.

Exocrine pancréas ; In Greene FL, Page DL, Fleming ID, Fritz A, Balch CM, Haller DG, Morrow M, eds. AJCC Cancer Staging Manual. 6 th ed. Berlin : Springer Verlag 2002:157-164.

Examens complémentaires

Tomodensitométrie thoraco abdominale , si besoin échoendoscopie ou éventuellement pet scan

3. Le CR RCP mentionne la possibilité ou l'impossibilité d'une résécabilité R0 de la tumeur, argumentée en s'appuyant sur les résultats de l'examen clinique et des examens d'imagerie O N

Tomodensitométrie abdominale essentiellement.

4. Le CR RCP mentionne l'opérabilité du patient argumentée en s'appuyant sur les résultats de l'examen clinique et des examens complémentaires O N

L'opérabilité résulte de l'analyse du bénéfice carcinologique attendu et du risque opératoire qui est fonction du geste chirurgical de l'état général et des comorbidités du patient.

5. Le CR RCP mentionne en cas de tumeur non résécable ou non opérable les traitements palliatifs envisagés O N

Dérivation gastrique, dérivation biliaire per endoscopique, geste à visée antalgique, chimiothérapie

6. Le CR de RCP mentionne l'inclusion ou non du patient dans un essai thérapeutique O N

INTERVENTION

7. Le CRO mentionne en cas de doute sur l'envahissement de la lame retro portale, le contrôle premier de l'artère mesentérique supérieure avant toute section digestive ou pancréatique O N NA

NA si absence de doute sur l'envahissement de la lame retro portale

NA si tumeur du corps et de la queue

8. Le CRO mentionne l'absence ou la présence d'un envahissement de la tranche de section pancréatique lors de l'examen histologique extemporané O N

9. Le CRO mentionne que la lymphadenectomie régionale ne concerne que les relais ganglionnaires définis N1 O N

N1 : envahissement des ganglions lymphatiques régionaux

La classification TNM (AJCC 2002, 6^{ème} version)

10. Le CRO mentionne le repérage de la marge retro péritonéale de la pièce opératoire par le chirurgien en salle d'opération selon des modalités définies au préalable par le chirurgien et le pathologiste O N

NA si tumeur corporeo caudale

APRÈS INTERVENTION

11. Le CR de la RCP postopératoire est présent dans le dossier du patient O N

12. Le CR de la RCP postopératoire mentionne la concordance ou non entre la proposition thérapeutique de la RCP préopératoire et le traitement effectivement délivré O N

13. Le CR d'anatomopathologie précise l'absence ou non d'envahissement des limites de résection O N

Limite de résection biliaire (si DPC), limite de résection pancréatique, limite retro péritonéale

14. Le CR d'anatomopathologie précise en cas de non envahissement de la tranche de section la marge minimale mesurée en millimètre O N

15. Le CR d'anatomopathologie mentionne le stade pTN O N

16. Le CR de RCP mentionne le caractère complet ou non de l'exérèse en utilisant la classification Rx R0 R1 R2

O N

Rx : la présence d'une tumeur résiduelle ne peut être évaluée

R0 : pas de tumeur résiduelle,

R1 : tumeur résiduelle microscopique (présence de tumeur sur les berges de la résection chirurgicale à l'examen histologique)

R2 : Tumeur résiduelle macroscopique en raison d'une exérèse incomplète ou de métastases à distance

17. Le CR d'anatomopathologie précise le ratio nombre de ganglions positifs sur nombre de ganglions prélevés

O N

18 Le CR de la RCP postopératoire précise que les propositions thérapeutiques tiennent compte des données histologiques

O N

19 Le CR de la RCP postopératoire précise si un traitement adjuvant (radiothérapie ou chimiothérapique) est préconisé ou non

O N